



# cornerstone DENTISTRY

modern, cosmetic excellence



CornerstoneCosmeticDentistry.com  
1530 West Lake • Roselle, IL 60172  
(630) 529-0900

## Informacion del Paciente

Nombre : \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_  
 Domicilio: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Codigo Postal: \_\_\_\_\_  
 Telefono (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Celular (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Numero de Seguro Social: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
 Usted es?:  Menor de Edad  Soltero/a  Casado/a  Viudo/a  Separado/a  Divorciado/a  
 Si es Estudiante, Escuela?: \_\_\_\_\_ Nombre de Esposo/a o Padres: \_\_\_\_\_  
 Email (Para recordarle de sus citas): \_\_\_\_\_ Nombre de Compania de Trabajo: \_\_\_\_\_  
 A quien le podemos dar las gracias por referirlo/a ? \_\_\_\_\_  
 Contacto en caso de Emergencia: \_\_\_\_\_ Telefono: \_\_\_\_\_

## Historia Dental

Tiene algun problema especifico dental? Describa: \_\_\_\_\_  
 Cuando fue su último examen dental? \_\_\_\_\_  
 Siente molestia o trueno su quijada? \_\_\_\_\_  
 Nombre de dentista previo (opcional)? \_\_\_\_\_  
 Favor de evaluar su sonrisa 1-10 (1 no le gusta -10 satisfecho/a): \_\_\_\_\_  
 Tiene sensibilidad a lo caliente o frio? \_\_\_\_\_  
 Le gustaria tener una sonrisa mas blanca? \_\_\_\_\_

## Historia Medica

	Si	No		Si	No		Si	No		Si	No
Enfermedad Cardiaca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Presion Alta/Baja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cancer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Epilepsia/Convulsion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolor de Pecho/Anginas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Marca Pasos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Osteoporosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Articulacion Artificial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ataque/Falle del Corazon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Estent Coronario	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad Tiroides	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Defectos congenitos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas de Coagulacion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Infeccion de Cida/VIH	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tuberculosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prolapso de valvula mitral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad Pulmonaria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad a Hgado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Apoplejia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fiebre Reumatica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Desvio Pulmonario	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hepatitis A, B, o C	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Valvula artificial-corazon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas Nasal Sinus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad de Rinon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Embarazada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bisfosphonates	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Herpes Labial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fuma/Tabaco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Tiene alguna Alergia a lo siguiente?  Penicilina  Aspirina  Codeína  Latex  Epinephrine/ Pizpierno  Otra \_\_\_\_\_  
 Favor de anotar cualquier otra condicion medica o Cirugia/s: \_\_\_\_\_  
 Favor de anotar cualquier medicamento que esté tomando: \_\_\_\_\_

*Certifico que la informacion que e dado es correcta a lo mejor de mi conocimiento..*

**FIRMA:** \_\_\_\_\_ **FECHA:** \_\_\_\_\_

## Practica de Finanzas y Cancelaciones

Como cortesia, Nosotros enviaremos la factura a su aseguranza . Porcion no cubierta sera **su** responsabilidad. Su porcion es debida el dia de servicio. Citas canceladas con menos de 24 horas de notificacion seran sujeto un **cargo de cancelacion de \$30.00**

Al firmar, autorizo pago directo de mi aseguranza a High Point Family Dentistry. Tambien los autorizo a dar cualquier informacion crean necesaria relativo a mi tratamiento y/o tratamiento de mis hijos a mi aseguranza o otro doctor/dentista.

**FIRMA:** \_\_\_\_\_ **FECHA:** \_\_\_\_\_

Our office is HIPAA (Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996) compliant. Para cumplir con el reglamento HIPAA, Le damos el Aviso de Las Practicas de Privacidad. Este aviso HIPPA describe como la informacion acerca de su salud puede ser utilizada. Al firmar, Usted acepta que a recibido una copia de Aviso De Las Practicas De Privacidad..

**FIRMA:** \_\_\_\_\_ **FECHA:** \_\_\_\_\_